

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

Załącznik do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

Data urodzenia..... PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj niepełnosprawności

.....

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim)

.....

.....

.....

Rodzaj wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

.....

.....

.....

Zachodzi, nie zachodzi* potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu, stosowania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Przewidywane efekty rehabilitacji w warunkach domowych na wnioskowanym sprzęcie (częstotliwość ćwiczeń/zabiegów).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)